



## AUTOCERTIFICAZIONE EMERGENZA SANITARIA COVID-19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

identificato a mezzo \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art 495 c.p.)

### DICHIARO SOTTO LA MIA PERSONALE RESPONSABILITÀ:

- di non essere sottoposto alla misura di quarantena
- di non essere risultato positivo alla COVID-19
- di non presentare sintomi associabili alla COVID-19 (temperatura corporea > 37,5°, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia)
- di non essere venuto a contatto nei precedenti 15 giorni con persone positive o in quarantena o con sintomi associabili alla COVID-19.

Data, ora e luogo

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_